

Décision n° 2015-723 DC du 17 décembre 2015

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2016

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016 a été délibéré en Conseil des ministres le 7 octobre 2015. Il a été adopté par l'Assemblée nationale en première lecture le 27 octobre puis adopté avec modifications par le Sénat le 17 novembre. Après l'échec de la commission mixte paritaire (CMP) le 17 novembre, il a fait l'objet d'un nouveau vote de l'Assemblée nationale le 23 novembre puis d'un rejet en nouvelle lecture par le Sénat le 26 novembre. Il a été adopté en lecture définitive par l'Assemblée nationale le 30 novembre 2015.

La loi a été déférée au Conseil constitutionnel, par plus de soixante députés, le 4 décembre. Les députés requérants mettaient en cause la conformité à la Constitution de dispositions des articles 24, 33, 59, 77 et 78. Certains des griefs invoqués à l'encontre de ces articles mettaient en cause la sincérité de la LFSS.

Dans sa décision du 17 décembre 2015, le Conseil constitutionnel a écarté l'ensemble des griefs des requérants et déclaré les dispositions contestées conformes à la Constitution.

En outre, le Conseil a censuré les dispositions de l'article 35 comme n'ayant pas leur place dans la loi de financement de la sécurité sociale (cavalier social), et celles des articles 23 et 62 comme introduites en nouvelle lecture en méconnaissance de la règle dite de l'entonnoir¹.

I. – La sincérité de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Le grief tiré de la méconnaissance du principe de sincérité de la loi de financement de la sécurité sociale était invoqué à l'encontre de certaines dispositions des articles 59 et 78.

Les députés requérants faisaient grief à l'article 59 de modifier l'équilibre

¹ Ce faisant, le Conseil constitutionnel a appliqué d'une façon nouvelle sa jurisprudence selon laquelle des dispositions relatives à des demandes d'information ne présentent qu'un lien indirect avec des dispositions de droit substantiel. Cette jurisprudence, jusqu'alors appliquée à des amendements prévoyant la remise de rapports introduits après la première lecture (cf. décision n° 2013-684 DC du 29 décembre 2013, *Loi de finances rectificative pour 2013*, cons. 23, 38 et 39), est donc appliquée de manière inversée, lorsqu'un article introduit en première lecture prévoit uniquement la remise d'un rapport et qu'est insérée une disposition de droit substantiel en nouvelle lecture.

financier de la branche maladie et soutenaient que les économies attendues de la réforme du financement des soins de suite opérée par l'article 78 n'avaient pas été correctement évaluées et prises en compte pour déterminer les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale.

Le Conseil constitutionnel a rappelé son considérant de principe selon lequel *« aux termes de la première phrase du 2° du C du paragraphe I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, la loi de financement de la sécurité sociale « détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible » ; qu'il en résulte que la sincérité de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année se caractérise par l'absence d'intention de fausser les grandes lignes de l'équilibre qu'elle détermine ; qu'il s'ensuit, d'une part, que les prévisions de recettes doivent être initialement établies par le Gouvernement au regard des informations disponibles à la date du dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale et des dispositions contenues dans ce projet de loi ; que, d'autre part, il appartient au Gouvernement d'informer le Parlement, au cours de l'examen de ce projet de loi, lorsque surviennent des circonstances de droit ou de fait de nature à remettre en cause les conditions générales de l'équilibre financier des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et, dans ce cas, de corriger les prévisions initiales » (cons. 3).*

En l'espèce, le Conseil constitutionnel a jugé que *« les conséquences des dispositions des articles 59 et 78 ont été évaluées et prises en compte dans la détermination des conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale ; que ces dispositions ne portent aucune atteinte à la sincérité de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 » (cons. 4).*

II. Article 24 (affectation du produit des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et de placement)

L'article 24 poursuit plusieurs objectifs mais seul l'un d'entre eux était critiqué par la saisine des députés.

Plusieurs des dispositions de l'article 24 ont pour objet de mettre en conformité le droit national avec le droit de l'Union européenne après l'arrêt *De Ruyter* rendu par la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) le 26 février 2015. Saisi d'une question préjudicielle posée par le Conseil d'État, la CJUE a jugé par cet arrêt qu'un prélèvement affecté à un régime de sécurité sociale français ne saurait être acquitté par une personne affiliée à un régime de sécurité sociale d'un autre État membre dans le mesure où le règlement règlement du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs qui se

déplacent à l'intérieur de l'Union européenne interdit la double cotisation, constitutive d'une entrave à la liberté de circulation.

La CJUE avait déjà pris position à propos de la CSG et de la CRDS lorsqu'elles sont assises sur les revenus d'activité ou de remplacement. Par deux arrêts du 15 février 2000, *Commission c/ France*², elle avait estimé que ces deux prélèvements sont soumis au règlement du 14 juin 1971, et donc au principe d'unicité de la législation sociale qui en découle, dès lors que, étant affectés spécifiquement au financement des régimes de sécurité sociale français, ils présentent un lien « *direct et suffisamment pertinent* » avec les lois qui régissent ces régimes. En posant cet unique critère, la Cour avait considéré comme inopérante la circonstance, dont se prévalait le gouvernement français, que la CSG et la CRDS soient toutes les deux qualifiées par la jurisprudence du Conseil constitutionnel d'imposition de toute nature et non de cotisations sociales³.

Afin de tirer les conséquences de l'arrêt *De Ruyter*, le législateur a décidé, par certaines des dispositions de l'article 24, de maintenir dans la sphère sociale le produit des prélèvements sur les revenus du capital mais de l'affecter hors des régimes de sécurité sociale au sens du droit de l'Union, c'est-à-dire aux organismes servant des prestations non contributives non conditionnées à l'affiliation à un régime français. Ainsi, le Conseil constitutionnel a constaté que « *le E du paragraphe I de cet article réécrit l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale ; que le paragraphe I de l'article L. 135-3 prévoit que sont affectées au fonds de solidarité vieillesse une fraction de la contribution sociale généralisée, du prélèvement social et de la contribution additionnelle à ce prélèvement sur les revenus du patrimoine et sur les produits de placement et le produit du prélèvement de solidarité sur ces mêmes revenus ; que le 2° du G du paragraphe I de l'article 24 insère un paragraphe IV bis à l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale prévoyant l'affectation de fractions du produit de la contribution sociale généralisée sur les revenus du patrimoine et sur les produits de placement au fonds de solidarité vieillesse et à la caisse d'amortissement de la dette sociale ; que le paragraphe II de l'article 24 modifie le paragraphe IV de l'article 1600-0-S du code général des impôts afin d'affecter au fonds de solidarité vieillesse le produit du prélèvement de solidarité sur les revenus du patrimoine et les produits de placement ; que le A du paragraphe III de l'article 24 modifie l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles pour affecter une fraction du produit du prélèvement social sur les revenus du patrimoine et sur les produits de placement et de la*

² aff. 169/98 et 34/98, RJF 2000, n° 436.

³ Décisions n°OS 90-285 DC du 28 décembre 1990, *Loi de finances pour 1991* ; 96-384 DC du 19 décembre 1996, *Loi de financement de la sécurité sociale pour 1997*.

contribution additionnelle à ce prélèvement à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » (cons. 5).

Les députés saisissants contestaient cette solution. Ils soutenaient qu'en affectant au fonds de solidarité vieillesse et à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie le produit de la contribution sociale généralisée et de la contribution au remboursement de la dette sociale assises sur les revenus du patrimoine des personnes non-résidentes ou des travailleurs frontaliers qui sont affiliés à un régime de sécurité sociale autre que le régime français, le législateur a édicté des dispositions contraires au droit de l'Union européenne et que, par suite, les dispositions de l'article 24 porteraient atteinte à une situation légalement acquise.

En ce qui concerne la méconnaissance du droit de l'Union européenne, le Conseil constitutionnel a, conformément à sa jurisprudence traditionnelle, jugé « *qu'il n'appartient pas au Conseil constitutionnel de se prononcer sur le défaut de compatibilité d'une disposition législative aux engagements internationaux et européens de la France » (cons. 9).*

Par ailleurs, sur le grief tiré de l'atteinte aux situations légalement acquises, le Conseil constitutionnel a considéré que « *l'arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne du 26 février 2015 n'a pas fait naître de situations légalement acquises auxquelles seraient susceptibles de porter atteinte les dispositions contestées qui s'appliquent » (cons. 9).* Un tel grief pourrait être opérant si l'État se refusait à rembourser les contributions dont l'affectation a été critiquée par la CJUE. Toutefois, tel n'est pas l'objet des dispositions contestées qui tendent uniquement à remédier à l'inconventionnalité constatée par la CJUE pour des prélèvements s'appliquant à partir de 2016.

Le Conseil constitutionnel a déclaré conformes à la Constitution le paragraphe I de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du E du paragraphe I, le 2° du G du paragraphe I, le paragraphe II et le A du paragraphe III de l'article 24.

III. – Article 33 (Crédit d'impôt pour des contrats d'assurance maladie complémentaire labellisés destinés aux personnes de plus de 65 ans)

L'article 33 de la loi déferée a pour objet d'encourager une offre de complémentaire santé à un coût raisonnable et de qualité pour les personnes âgées de plus de 65 ans.

Son paragraphe I crée au sein du titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale (CSS) un chapitre intitulé « Dispositions relatives à la couverture complémentaire santé des personnes âgées de soixante-cinq ans et plus », lequel

comprend deux nouveaux articles L. 864-1 et L. 864-2. L'article L. 864-1 prévoit que les contrats d'assurance complémentaire en matière de santé souscrits par des personnes âgées d'au moins soixante-cinq ans ouvrent droit à un crédit d'impôt, au titre de la taxe collectée en application de l'article L. 862-4 par les organismes de santé mentionnés à cet article, d'un montant annuel égal à 1 % des primes hors taxes acquittées par les souscripteurs, si ces contrats sont « *labellisés en application de l'article L. 864-2* ». L'article L. 864-1 précise que l'octroi du label « *vise à identifier des contrats offrant, à des prix accessibles, des garanties adaptées à la situation des personnes mentionnées au premier alinéa du présent article* ». L'article L. 864-2 dispose que les contrats en cause bénéficient d'un label si, d'une part, ils « *proposent des garanties au moins équivalentes à des niveaux déterminés pour un prix, hors taxes, inférieur à des seuils fixés, en fonction de l'âge des assurés et du niveau des garanties proposées. Ces niveaux de garanties et ces seuils de prix sont fixés par décret, pris après consultation de l'Autorité de la concurrence et de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution* ». Ces contrats doivent, en outre, respecter les règles des « *contrats responsables* » prévues à l'article L. 871-1.

Le paragraphe II de l'article 33 prévoit que ce dispositif entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

Le texte adopté à l'issue des débats parlementaires est distinct du projet de loi. Le mécanisme d'origine reposait sur une procédure d'appel d'offre, la mise en concurrence des contrats devant conduire à la sélection, fondée sur le prix, de ceux des contrats susceptibles d'ouvrir droit au crédit d'impôt, fixé au départ à 2 % des primes.

Les députés requérants soutenaient tout d'abord que les dispositions de l'article 33 n'ont pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale dès lors qu'elles n'ont aucune incidence sur les comptes sociaux

Ainsi que le montre l'étude d'impact, le motif de l'insertion de l'article 33 dans une loi de financement de la sécurité sociale tient exclusivement à l'instauration du crédit d'impôt, prévu par cet article, qui conduit à modifier le régime de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) prévue par l'article L. 862-4 du CSS, qui est à la charge de l'organisme assureur. Ce faisant, la disposition a un effet sur le produit des cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale. L'étude d'impact du projet de loi rattachait ainsi la disposition au 2^o et au 3^o du B du V de l'article L.O. 111-3 du CSS.

Les députés auteurs de la saisine considéraient ce rattachement « superficiel » et faisaient valoir que le crédit d'impôt n'est qu'accessoire dans le dispositif contesté.

Le Conseil constitutionnel n'a pas estimé ces critiques justifiées. Il a jugé que, même limité, l'existence d'un impact sur les finances d'un régime obligatoire de base de sécurité sociale justifiait la place de cet article dans le projet de loi et qu'il convenait, sur ce point, d'apprécier celui-ci comme un tout (cons. 12).

Les députés auteurs de la saisine estimaient ensuite que l'article 33 porte atteinte au principe d'égalité devant les charges publiques dans la mesure où il octroie un avantage injustifié aux personnes âgées de plus de soixante-cinq ans.

Le Conseil constitutionnel a d'abord relevé que les dispositions contestées ont pour objet, en conditionnant le crédit d'impôt à la souscription de contrats labellisés, de « *favoriser une offre de contrats à prix raisonnable et de qualité pour cette catégorie de contrats* ».

Au regard de sa jurisprudence, il appartenait donc au Conseil constitutionnel de déterminer si cet avantage fiscal, qui a pour objet d'inciter les redevables à adopter des comportements conformes à des objectifs d'intérêt général, répond à des critères objectifs et rationnels en fonction des buts recherchés.

Sur ce point, le Gouvernement a indiqué dans ses observations que : « *La quasi-totalité des personnes âgées d'au moins soixante-cinq ans est couverte par des contrats individuels. Et la tarification de ces contrats individuels tient compte de la hausse des dépenses de santé à partir de soixante-cinq ans. Ceci induit des dépenses de santé particulièrement élevées pour ces personnes par rapport aux autres assurés. / Les dépenses de santé augmentant avec l'âge, il en résulte une augmentation du reste à charge après intervention de l'assurance maladie. Les personnes âgées d'au moins soixante-cinq ans supportent ainsi un reste à charge de 675 € contre 480 € pour l'ensemble de la population. / Le coût des contrats d'assurance maladie complémentaire santé augmente également nettement à partir de soixante-cinq ans. Il peut varier entre 759 et 1 312 euros selon le type d'organismes complémentaires alors que ce coût est compris entre 481 et 709 euros pour l'ensemble de la population. La cotisation mensuelle moyenne pour un contrat individuel passe de 50 à 79 euros puis à 96 euros selon que la personne a 40, 60 ou 75 ans selon une enquête de la DRESS auprès des organismes complémentaires de santé. / En dépit de ces cotisations plus élevées, 76% des contrats souscrits par les personnes d'au moins soixante-cinq ans correspondent à des contrats comportant les garanties les plus faibles contre 51% pour l'ensemble des personnes assurées par des contrats d'assurance maladie complémentaire* ».

Le Conseil constitutionnel a jugé que la situation des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans au regard de la couverture complémentaire de santé pouvait faire l'objet d'une appréciation spécifique et que, par cette mesure, le législateur « *a pris en compte le coût des cotisations de ces contrats pour ces personnes*

notamment au regard des garanties offertes » et que, ce faisant, il s'est fondé sur un critère objectif et rationnel (cons. 14).

Le Conseil constitutionnel a en conséquence écarté le grief tiré de la méconnaissance de l'article 13 de la Déclaration de 1789 et il a déclaré l'article 33 conforme à la Constitution (cons. 15).

IV. – Article 59 (Règles d'affiliation et de gestion aux régimes obligatoires de base d'assurance maladie)

L'article 59 a pour origine la volonté de répondre aux difficultés liées aux règles de mutation et de maintien des droits dans les différents régimes obligatoires de base d'assurance maladie. Les règles d'affiliation, conçues dans un contexte de plein emploi et de stabilité professionnelle des salariés, engendrent des changements d'affiliation des personnes entre organismes de gestion au prix, d'une part, d'une complexité pour l'assuré et, d'autre part, de coûts de gestion des bénéficiaires accrus et dont la pertinence, lorsque les prestations sont harmonisées, peut être discutée. L'ambition de réduire les transferts financiers entre les régimes, l'objectif de refonder les prestations de l'assurance maladie en nature pour les adapter à la mutation qu'elles ont connue vers une protection universelle, dépourvue de caractère professionnel, et le besoin de simplifier les démarches des assurés ont constitué autant de motifs qui ont inspiré l'intervention du législateur.

L'article 59 fixe ainsi un critère unique d'affiliation à la sécurité sociale pour toute personne qui a un lien durable et régulier avec la France, soit que la personne y travaille soit qu'elle y réside. Il ne change pas pour autant les règles d'affiliation aux différents régimes ni ne crée de droit d'option pour les assurés. Son impact essentiel est de faciliter, pour les assurés, les mesures de mutation au sein des régimes et de remplacer le régime de la couverture maladie universelle de base (CMU-b) par un maintien des personnes qui relèveraient de cette couverture dans le régime où elles se trouvent. À ce titre la notion d'ayant-droit majeur est supprimée. De plus le régime des délégations de gestion aux mutuelles est modifié.

En particulier, le 1^o du paragraphe I de l'article 59 modifie le premier article du CSS (article L. 111-1) pour supprimer la notion d'ayant droit et préciser les conditions de couverture des risques par la sécurité sociale.

La mention selon laquelle la sécurité sociale est fondée sur le principe de la solidarité nationale, figurant au premier alinéa de l'article, est inchangée.

La rédaction antérieure de l'article L. 111-1 prévoyait d'abord la couverture par la sécurité sociale des travailleurs et de leurs familles contre « *les risques de*

toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain ». À titre subsidiaire, l'article prévoyait la couverture de « *toute autre personne* » et de sa famille résidant sur le territoire français pour les risques liés à la maladie, à la maternité, à la paternité et aux charges de familles. La distinction entre « *les risques de toutes nature* » dont sont protégés les travailleurs et ceux, limitativement énumérés, dont la solidarité nationale prémunit les autres tient aux risques accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) et vieillesse. Contrairement au risque maladie-maternité et aux allocations familiales dont la couverture est universelle, il n'existe en effet aucun principe d'affiliation à un régime d'assurance vieillesse sur simple critère de résidence. Le risque AT-MP est pour sa part intrinsèquement lié à la condition de travailleur.

La rédaction de l'article de la loi déferée reprend le principe de la couverture universelle des risques maladie-maternité-paternité et des charges de famille mais en regroupant les deux cas de couverture soit : « *toute personne travaillant ou résidant en France* ». Le maintien des deux conditions distinctes se justifie par le fait que toute personne qui travaille en France doit payer les cotisations ouvrant droit à la sécurité sociale même si elle n'y réside pas et que certaines personnes peuvent, tout en travaillant à l'étranger, relever de la législation française de sécurité sociale. Cette nouvelle rédaction intègre au premier article du CSS la nécessité que la résidence en France soit stable et régulière pour ouvrir droit à la sécurité sociale. Cette condition figure actuellement à l'article L. 380-1 du CSS inséré par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle. Est supprimée toute référence aux familles des travailleurs ou des résidents. Cette suppression, qui est cohérente par rapport à la couverture sur simple critère de résidence, a pour conséquence l'affiliation directe des actuels ayants droit majeurs.

Le second alinéa de l'article L. 111-1 reprend la rédaction relative à la protection des travailleurs contre les risques de toute nature et la précision que cette protection s'exerce au travers de l'affiliation à un ou plusieurs régimes obligatoires. Il comporte toutefois plusieurs modifications. D'une part, en cohérence avec l'alinéa précédent, la référence à la famille et aux ayants droit est supprimée. D'autre part la notion de « *capacité de gain* » est remplacée par celle de « *revenu* ».

Le dernier alinéa de l'article L. 111-1 est modifié pour prévoir que la sécurité sociale assure la prise en charge des frais de santé indépendamment du service des prestations sociales qui entrent dans son champ. Cet ajout permet de distinguer ce qui relève du remboursement des soins, garanti à tous, et ce qui relève du maintien des revenus liés au travail c'est-à-dire les indemnités journalières.

Le 2° du paragraphe I de l'article 59 modifie l'article L. 111-2-1 du CSS qui

affirme les choix de la Nation en matière d'assurance maladie et de retraite par répartition. Tout en conservant un caractère universel, obligatoire et solidaire, la référence à l'assurance maladie est remplacée par celle à la prise en charge des frais de santé par la sécurité sociale. Le deuxième alinéa du paragraphe I de l'article L. 111-2-1, qui précise que cette protection contre le risque et les conséquences de la maladie est assurée à chacun sans considération de son âge ou de son état de santé, et contribue en fonction de ses ressources, fait l'objet d'une nouvelle formulation.

Le III de l'article 59 insère un chapitre préliminaire relatif à la prise en charge des frais de santé et composé de quatre sections dans le titre du code de la sécurité sociale relatif, notamment, aux prestations et aux soins.

L'article L. 160-2, introduit par le 3° du paragraphe III, prévoit, par rattachement à un assuré, la prise en charge des frais de santé des enfants sans activité professionnelle. Les différentes catégories de mineurs susceptibles d'être rattachés à un assuré quand ils sont à sa charge sont énumérées, conformément aux dispositions actuelles du code. Le statut d'ayant droit prend fin l'année où l'enfant atteint sa majorité, qu'il poursuive ou non des études. A condition de remplir les conditions de travail ou de résidence, il est donc directement affilié à titre personnel la sécurité sociale. Les mineurs de seize ans qui poursuivent des études supérieures bénéficient à titre personnel de la prise en charge des frais de santé. Tout mineur de seize ans peut demander à bénéficier à titre personnel de la prise en charge des frais de santé. Il peut également être demandé qu'un mineur qui a été confié à un établissement ou une personne par l'aide sociale à l'enfance soit identifié de façon autonome par rapport à l'assuré dont il est l'ayant droit. La prise en charge des frais de santé du mineur bénéficie alors à la personne ou à l'établissement à qui il a été confié.

Le 18° du paragraphe III introduit une section relative à l'organisation et au service des prestations, composée d'un article unique. L'article L. 160-17 du CSS, créé par ce 18°, prévoit la prise en charge des frais de santé des personnes travaillant en France par le régime obligatoire de sécurité sociale auquel elles sont affiliées. Un décret déterminera les conditions de cette prise en charge ainsi que celles de la prise en charge des personnes n'exerçant pas une activité professionnelle, lesquelles auront en outre la possibilité de demander à être gérées par l'organisme dont relève leur conjoint, partenaire ou concubin. Les mutuelles d'étudiants et de fonctionnaires, qui bénéficient d'un régime délégué, pourront continuer à prendre en charge les frais liés à la santé de même que les organismes d'assurance qui servent les prestations de base des travailleurs indépendants. Il est prévu une évaluation des résultats de ces délégations, selon des modalités fixées par un décret en Conseil d'État, et la possibilité de les révoquer.

Les saisissants présentaient, à l'encontre de l'article 59, une argumentation contestant, pour des motifs distincts, certaines des dispositions de cet article.

Était d'abord contestée la rupture du lien entre cotisations et prestations qu'entraînent les modifications des conditions d'affiliation (1.). Les députés saisissants reprochaient ensuite à l'article L. 160-2 du CSS résultant de l'article 59 de méconnaître le principe d'égalité (2.) et à l'article L. 160-17 du CSS de méconnaître le principe d'égalité, et de porter atteinte au Préambule de la Constitution de 1946 (3.). Enfin, le mécanisme indemnitaire prévu pour compenser le préjudice subi, le cas échéant, en conséquence de l'application de l'article L. 160-17, dont la place ne serait pas justifiée dans la LFSS, serait à la fois inintelligible et entaché d'incompétence négative (4.).

1. – Les griefs relatifs aux dispositions de l'article L. 111-1, du paragraphe I de l'article L. 111-2-1 et de l'article L. 160-1 du CSS

En ce qui concerne la rupture du lien entre cotisations et prestations, les auteurs de la saisine faisaient valoir que le législateur, en modifiant profondément le fondement des critères d'affiliation, « *délie totalement cotisations, dont le paiement est inhérent à une activité professionnelle, et droit à prestation* ». Le recours poursuivait en indiquant qu'« *il s'agit de bouleverser les conditions générales d'affiliation et, pour la première fois dans l'histoire de la sécurité sociale, de délier dans son principe même le droit général à prestation et les cotisations* ». Les députés en déduisaient qu'était méconnue la « nature des cotisations sociales ». À titre subsidiaire, ils considéraient que la suppression du lien entre les cotisations acquittées par les assurés sociaux et la prise en charge des frais de santé rendait également les dispositions de l'article L.111-2-1 du code de la sécurité sociale inintelligibles.

Le Conseil constitutionnel a considéré qu'aucun principe constitutionnel ne fait obstacle au choix du législateur de fonder un droit universel aux prestations en nature avec une pluralité d'organismes gestionnaires.

Il a d'abord relevé « *qu'en instaurant un régime d'assurance sociale pour couvrir les charges de maladie et de maternité de l'ensemble des personnes résidant en France de façon stable et régulière ainsi que pour garantir contre les risques susceptibles de réduire ou de supprimer les revenus des travailleurs, le législateur a mis en œuvre les exigences énoncées par le onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946* » (cons. 20). Cette considération peut être rapprochée de celle énoncée dans la décision n° 2010-8 QPC du 18 juin 2010 à propos de la branche accidents du travail et maladies professionnelles de la sécurité sociale : « *qu'en instaurant un régime d'assurance sociale des accidents du travail et des maladies professionnelles, la loi du 30 octobre 1946 susvisée a mis en œuvre les exigences énoncées par le onzième alinéa du*

Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 »⁴.

Le Conseil a ensuite relevé que les dispositions contestées ne portaient que sur « *des règles de gestion de la prise en charge des frais de santé des personnes auxquelles est assurée cette protection sociale* », et il en a déduit que les exigences du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 n'étaient pas méconnues (cons. 20).

2. – Les griefs relatifs aux dispositions de l'article L. 160-2 du CSS

Les dispositions de l'article L. 160-2 du CSS dans sa rédaction issue du 3° du III de l'article 59 prévoient une exception au régime unique d'affiliation automatique sous réserve de résidence en France qui est relative aux mineurs. Ceux-ci demeurent ayants droits jusqu'à l'année de leur majorité, qu'ils poursuivent ou non des études. Avant 18 ans, ils sont rattachés à leurs parents ou aux personnes majeures disposant de l'autorité parentale. Cette dérogation de principe est assortie d'un aménagement pour les mineurs de plus de 16 ans qui pourront demander, selon des modalités fixées par voie réglementaire, à être gérés de manière autonome en tant qu'assurés, ou qui devront l'être s'ils poursuivent des études supérieures.

Les députés requérants soutenaient que, ce faisant, le législateur a méconnu le principe constitutionnel d'égalité : rien ne justifie, selon eux, le traitement différent ainsi appliqué aux mineurs par rapport au reste de la population pour laquelle la notion d'ayant droit a été supprimée par la loi déferée.

L'exception au sein de la dérogation relative aux mineurs de plus de 16 ans était également critiquée au regard du principe d'égalité entre mineurs.

En premier lieu, le Conseil a relevé « *que les dispositions contestées instituent une différence de traitement, au regard des modalités de gestion de la prise en charge des frais de santé, d'une part, entre les mineurs et les autres assurés sociaux et, d'autre part, entre les mineurs de moins de seize ans et les autres mineurs ; que ces différences de traitement correspondent à des différences de situation* » (cons. 27).

Le Conseil a ensuite relevé que, par ces dispositions, le législateur avait « *entendu prendre en compte le fait que les mineurs n'ont pas encore débuté leur vie professionnelle ou entamé des études supérieures et qu'ils peuvent être rattachés à leurs parents ou aux personnes majeures disposant de l'autorité parentale ; qu'ils ne sont donc pas susceptibles de connaître, pendant la période au cours de laquelle ils demeurent des ayants droit, de changement de leur situation personnelle de nature à modifier leur rattachement à un organisme de gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale* » (cons. 28).

⁴ Décision n° 2010-8 QPC du 18 juin 2010, *Epoux L. (Faute inexcusable de l'employeur)*, cons. 11.

Il a alors considéré que les différences de traitement instituées par le législateur étaient en rapport avec l'objectif poursuivi, et que le principe d'égalité devant la loi n'était pas méconnu.

3. – Les griefs relatifs aux dispositions de l'article L. 160-17 du CSS

L'article L. 160-17 du CSS, dans sa rédaction résultant du 18° du paragraphe III de l'article 59, distingue, dans ses deux premiers alinéas, la situation des personnes exerçant une activité professionnelle de celles qui n'en exercent pas. La prise en charge des frais de santé des premières est effectuée par les organismes gestionnaires des régimes de sécurité sociale auxquels ils sont affiliés au titre de cette activité. Les personnes qui n'ont pas d'activité professionnelle verront leurs règles de gestion fixées par décret.

L'objet de l'article L. 160-17 du CSS est de ventiler les personnes majeures, en principe affiliées compte tenu de la réforme globale opérée par l'article 59, entre les différents organismes de gestion.

Les députés saisissants reprochaient à ces dispositions de méconnaître le principe d'égalité, et de porter atteinte au Préambule de la Constitution de 1946.

Le Conseil constitutionnel, selon un raisonnement similaire à celui retenu pour confronter les dispositions des articles L. 111-1, L. 111-2-1 et L. 160-1 du CSS aux griefs des requérants, a considéré « *que les dispositions de l'article L. 160-17 instaurent des règles relatives à la gestion de la prise en charge des frais de santé au titre des régimes obligatoires de base d'assurance maladie ; qu'en elles-mêmes, de telles dispositions, qui n'introduisent aucune discrimination ni entre les personnes qui bénéficient de cette protection sociale ni entre les organismes pouvant se voir déléguer cette gestion, ne méconnaissent pas le principe d'égalité ; qu'elles ne méconnaissent pas davantage les exigences du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946* » (cons. 32).

4. – Les griefs relatifs au B du paragraphe XIII de l'article 59

Le B du paragraphe XIII de l'article 59 prévoit que « *Le préjudice susceptible de résulter, pour les organismes mentionnés à l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale, du transfert, en tout ou partie, d'opérations de gestion de la prise en charge des frais de santé qu'ils assurent à la date d'entrée en vigueur de la présente loi fait l'objet d'une indemnité s'il a pour origine la modifications apportées aux règles régissant les délégations de gestion et présente un caractère anormal et spécial. Cette indemnité est fixée dans le cadre d'un constat établi à la suite d'une procédure contradictoire. Les conditions et le montant de l'indemnité sont fixés par décret* ».

Les députés faisaient valoir que ces dispositions n'avaient pas leur place en LFSS, que le législateur avait méconnu l'étendue de sa compétence et qu'il avait

adopté des dispositions inintelligibles.

En ce qui concerne la place en loi de finances, le Conseil constitutionnel a relevé que les dispositions du B du paragraphe XIII de l'article 59 étaient « *le complément de celles du 18° du paragraphe III du même article* », et que ces dernières dispositions, « *relatives à la délégation de la gestion de la prise en charge des frais de santé des assurés sociaux à des mutuelles, groupements de mutuelles, assureurs ou groupements d'assureurs, ont une incidence sur l'équilibre financier des régimes obligatoires de base de sécurité sociale* ». Il en a donc déduit que les dispositions du B du paragraphe XIII trouvent leur place en LFSS.

Par ailleurs, s'agissant d'un dispositif d'indemnisation spécifiquement prévu par le législateur, le Conseil constitutionnel s'est assuré qu'il ne méconnaissait pas les exigences constitutionnelles en matière d'indemnisation d'un préjudice par la puissance publique⁵. Il a relevé que « *l'indemnisation prévue par le B du paragraphe XIII de l'article 59 ne saurait, sans méconnaître le principe d'égalité devant les charges publiques et le bon emploi des deniers publics, permettre l'allocation d'indemnités ne correspondant pas au préjudice subi du fait de la modification des dispositions législatives ou réglementaires relatives aux délégations de gestion des risques par les régimes obligatoires de base de sécurité sociale* » (cons. 38).

En définitive, le Conseil constitutionnel, après avoir écarté l'ensemble des griefs dirigés à l'encontre de certaines dispositions de l'article 59 de la loi déferée, a déclaré l'article L. 111-1, le paragraphe I de l'article L. 111-2-1 et les articles L. 160-2 et L. 160-17 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction résultant respectivement du 1° du paragraphe I, du 2° du paragraphe I, du 3° du paragraphe III et du 18° du paragraphe III de l'article 59 ainsi que le B du paragraphe XIII de l'article 59 conformes à la Constitution.

V. – Article 77 (Report de la réforme de la participation financière de l'assuré aux frais d'hospitalisation)

Le passage à la tarification à l'activité (T2A) pour l'allocation de ressources aux établissements de santé date de la LFSS pour 2004. Elle a été appliquée de manière progressive au sein de chacun des secteurs, privé et public, pour lisser les effets du changement d'allocation des ressources. Cette période de transition devait à l'origine s'achever en 2011.

Toutefois, la montée en charge de la T2A telle qu'initialement envisagée n'est

⁵ En ce sens, voir par ex. la décision n° 2010-624 DC du 20 janvier 2011, *Loi portant réforme de la représentation devant les cours d'appel*, cons. 17 à 24.

toujours pas achevée. La LFSS pour 2009 avait prolongé la période de transition jusqu'au 1^{er} janvier 2016. Dans le cadre de la LFSS pour 2013, la période de transition prévue pour l'application de certaines dispositions avait de nouveau été prolongée alors que plusieurs autres mesures étaient purement et simplement abandonnées.

La T2A ne s'applique ainsi, depuis l'origine, ni à l'ensemble des établissements de santé, ni à la totalité des disciplines. L'extension de son champ, programmée à sa création, a été régulièrement repoussée.

En outre, alors même que l'instauration de la T2A avait pour objectif de répartir les ressources de l'assurance maladie de manière similaire quel que soit le statut juridique des établissements, les conditions d'application de la réforme de 2004 demeurent encore différentes entre les deux secteurs.

L'article 77 de la loi déferée est relatif aux différences demeurant entre, d'une part, les établissements de santé publics et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier et, d'autre part, les autres établissements de santé privés en ce qui concerne le calcul de la participation de l'assuré aux frais de soins.

L'article L. 322-2 du CSS pose le principe d'une participation de l'assuré aux prestations de soins prises en charge par l'assurance maladie. Le niveau de cette participation a été régulièrement relevé au cours des dernières années, même si de nombreux cas d'exonérations existent pour les hospitalisations. La détermination du ticket modérateur de 20 % diffère cependant suivant la nature de l'établissement. Dans les structures anciennement sous objectifs quantifiés nationaux (OQN), qui étaient tarifées selon un système de prix de journée, la base de calcul est la même que celle utilisée par l'assurance maladie, soit le tarif du groupe homogène de séjour (GHS).

L'application des mêmes modalités aux établissements sous dotation globale a été écartée en 2005 pour des raisons financières. La participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation y demeure calculée sur la base de tarifs journaliers de prestations (TJP) arrêtés par le directeur général de l'ARS et propres à chaque établissement.

Cette dérogation a été reconduite à plusieurs reprises depuis l'origine, par plusieurs textes successifs⁶, jusqu'au 31 décembre 2012.

⁶ L'article 8-III de l'ordonnance n° 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005 a repoussé l'entrée en vigueur du dispositif au 31 décembre 2007, l'article 69-II de la LFSS pour 2007 au 31 décembre 2008, l'article 54 de la LFSS pour 2009 au 31 décembre 2012.

Le changement de base de calcul se traduirait cependant par une diminution des recettes pour les établissements concernés. C'est la raison qui avait été mise en avant par le gouvernement pour justifier que la LFSS pour 2013 reporte, à nouveau, de trois ans, jusqu'au 31 décembre 2015, la mise en œuvre de la réforme.

L'exposé des motifs de la disposition de la LFSS pour 2013 indiquait que ce délai supplémentaire serait mis à profit pour inclure la réforme dans une réflexion plus large sur la rationalisation de l'ensemble des modalités de participation des assurés aux soins dans les établissements de santé. Ce délai n'a apparemment pas été suffisant.

L'impossibilité pour les établissements anciennement sous dotation globale d'établir une facturation individuelle sur la base des tarifs nationaux, d'une part, et l'effet financier qu'aurait eu la modification du mode de calcul du ticket modérateur, compte tenu du moindre niveau des tarifs nouvellement définis par rapport au financement global des séjours, d'autre part, paraissent toujours de nature à fonder un nouveau différé de la modification du mode de tarification du ticket modérateur et de l'alignement du secteur public sur le secteur privé.

C'est la raison pour laquelle le 1° du paragraphe I de l'article 77 modifie le paragraphe II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 pour prolonger de quatre ans le dispositif transitoire permettant, par exception aux dispositions du paragraphe I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, aux établissements de santé publics et aux établissements de santé privés participant au service public hospitalier de continuer, jusqu'au 31 décembre 2019, à calculer la participation financière des assurés aux frais de soins sur la base des tarifs journaliers de prestations et non sur la base des tarifs nationaux de prestations issus des groupes homogènes de séjours.

Afin de limiter les différences de détermination du ticket modérateur, le 2° du paragraphe I précise que « *l'augmentation de la base de calcul de cette participation ne peut excéder un plafond fixé par décret* ». Il s'agit, selon l'étude d'impact, d'encadrer l'évolution des TJP afin de permettre aux établissements de rapprocher ces tarifs de leur valeur réelle et de mettre fin aux « *pratiques d'optimisation des recettes au travers de la fixation du montant des TJP* ».

Les députés requérants soutenaient qu'en prolongeant de quatre ans les règles dérogatoires en vertu desquelles les établissements de santé publics et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier calculent la participation financière des assurés aux frais de soins sur une base différente

de celle applicable aux autres établissements de santé, ces dispositions méconnaissent le principe d'égalité devant la loi.

Toutefois, le Conseil constitutionnel a considéré que « *les établissements de santé publics et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier sont, compte tenu de leurs statuts, placés dans des situations différentes de celle des autres établissements de santé au regard des règles de tarification des soins ; qu'ainsi en prolongeant pour une durée de quatre ans les règles dérogatoires relatives à la détermination de l'assiette de la participation financière des assurés aux frais de soins, le législateur a traité différemment des situations différentes ; que cette différence de traitement est en rapport avec l'objet de la loi qui l'établit ; que, par suite, le grief tiré de la méconnaissance du principe d'égalité doit être écarté* » (cons. 42) et jugé les dispositions du 1^o du paragraphe I de l'article 77 conformes à la Constitution.

Ces motifs peuvent être rapprochés de ceux du considérant 68 de la décision n°2012-659 DC du 13 décembre 2012, Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 et de ceux retenus par le Conseil d'Etat dans sa décision du 30 juin 2015 AP-HP n°384978.

VI. – Article 78 (réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation)

L'article 78 modifie les modalités de financement des soins de suite et de réadaptation (SSR). Le nouveau dispositif a vocation à s'appliquer à l'ensemble des établissements publics comme privés.

Le 10^o du paragraphe I de l'article 78 rétablit une sous-section 4 intitulée « Dispositions relatives aux activités de soins de suite et de réadaptation » dans la section 5 du chapitre II du titre VI du livre 1^{er} du CSS, comprenant les articles L. 162-23 à L. 162-23-11.

L'article L. 162-23 du CSS, dans sa rédaction issue de l'article 78, met en place d'un objectif de dépenses en SSR, sur le modèle de l'objectif de dépenses médecine, chirurgie, obstétrique (ODMCO). Fixé par décret, il couvre l'ensemble des établissements de santé publics comme privés, et comme pour la MCO, il constitue une enveloppe au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), dont le montant sera fixé en fonction de celui-ci.

Le nouvel article L. 162-23-2 du CSS prévoit que les activités de soins de suite et de réadaptation sont financées par des recettes issues de l'activité de soins et, le cas échéant, par des financements complémentaires (remboursement des

spécialités pharmaceutiques (art. L. 162-23-6), des frais liés à l'utilisation de plateaux techniques spécialisés (art. L. 162-23-7), ...). Ce nouveau modèle de financement est prévu pour entrer en vigueur en 2017.

Le nouvel article L. 162-23-3 prévoit que les recettes issues de l'activité de soins comprennent deux fractions, la première correspondant à une dotation fondée sur l'activité historique des établissements et la seconde correspondant à un montant forfaitaire par séjour au cours de l'année.

Le nouvel article L. 162-23-4 confie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale le soin d'arrêter, chaque année :

- le niveau des deux fractions mentionnées à l'article L. 162-23-3 (1°) ;
- les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 servant de base au calcul de la participation de l'assuré (2°) ;
- le cas échéant, le coefficient géographique s'appliquant à ces tarifs nationaux (3°) ;
- le coefficient de minoration s'appliquant à ces tarifs prévu à l'article L. 162-23-5 afin de concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (4°) ;
- le coefficient de minoration des remboursements des spécialités pharmaceutiques dispensées aux patients, prévu par le paragraphe II de l'article L. 162-23-6 afin de concourir au respect du montant affecté aux dépenses relatives au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques (5°) ;
- le montant des forfaits annuels, prévu à l'article L. 162-23-7, compensant les charges non prises en compte par les tarifs nationaux des prestations liées à l'utilisation de plateaux techniques spécialisés par les établissements publics de santé et les établissements privés de santé participant au service public hospitalier (6°).

Les députés requérants formulaient deux griefs à l'encontre des dispositions de l'article L. 162-23-4 du CSS. Selon eux, en confiant au pouvoir réglementaire le soin de fixer le niveau des fractions mentionnées à l'article L. 162-23-3, les tarifs nationaux des prestations servant de base au calcul de la participation de l'assuré, les coefficients géographique et de minoration et le montant des forfaits annuels mentionnés ci-dessus, le législateur a méconnu l'étendue de sa compétence ainsi que l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi.

Dans la décision commentée, le Conseil constitutionnel a écarté ces deux griefs, en considérant que « *la détermination des modalités du financement des soins de suite et de réadaptation ne relève pas des principes fondamentaux de la sécurité sociale qu'il incombe au législateur de déterminer en vertu de l'article 34 de la Constitution ; qu'ainsi, en renvoyant au pouvoir réglementaire le soin de fixer ces modalités, le législateur a pleinement exercé la compétence qu'il tient de l'article 34 et n'a pas méconnu l'objectif d'intelligibilité et d'accessibilité de la loi* » (cons. 46).

Il a jugé le 10° du paragraphe I de l'article 78 conforme à la Constitution.